

может погибнуть не от невозможности интубации, а в результате неадекватной оксигенации в связи с невозможной вентиляцией маской.

Литература:

1. Робустова, Т.Г. Современная клиника, диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний / Т.Г. Робустова // Российский стоматологический журнал. – 2003. – № 4. – С. 11-16.

2. Шаргородский, А.Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи / А.Г. Шаргородский. – М: ГЭОТАР – МЕД, 2002. – 528 с.

ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Кравцевич А.А., Хаустович А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Королева Е.Г.

Выше названная тема является актуальной, т.к. находится на стыке двух наук: медицины и психологии. Актуальность исходит из того, что многие соматические заболевания можно назвать психосоматическими, т.е. такими, где психические и психологические факторы играют важную, а иногда и первостепенную роль.

Цель исследования: выявление личностного профиля психосоматического больного, направленное на выработку возможных направлений профилактики и терапии.

Задачи исследования:

1. Проведение интервьюирования с целью формирования выборки.
2. Выявление неудовлетворенных потребностей психосоматических больных методом цветочных выборов.
3. Исследование личностного профиля при помощи опросника 16 –PF.
4. Выработка возможных направлений профилактики.

Методы исследования:

1. Клиническое обследование (общесоматическое обследование пациентов в стационаре ГКБ №3 г. Гродно).
2. Интервьюирование пациентов.
3. Психологические методы: (метод цветочных выборов (модификация восьмицветового теста Люшера) и опросник 16-PF Рэймонда Кеттелла).

Результаты исследования: По результатам интервьюирования наиболее часто встречающийся возрастной контингент женщин среди психосоматических больных – старше 45 лет, мужчин – 29-30 лет. Развитию заболевания предшествует конфликтная ситуация, основной стиль разрешения которой – уход от решения возникших проблем в соматическое заболевание.

По результатам исследования 16-PF выявлено высокое значение по фактору А (отзывчивость), коррелирующее с высоким значением по фактору L (подозрительность) и взаимосвязанное с низким значением по фактору Н (робость). Также показательной является взаимосвязь между высоким значением по фактору О (склонность к опасениям) и низким значением по фактору С (эмоциональная неустойчивость).

По методу цветочных выборов у лиц мужского пола на первый план выходит потребность в сохранении своих позиций и уважении со стороны значимых окружающих (сочетание +6 -4), у женщин – неудовлетворенная потребность в любви и теплых отношениях (+6 -1). У обоих полов выявлена эмоциональная неустойчивость и проблема подавленной агрессии (71).

Выводы:

1. Психосоматический больной представляет собой эмоционально лабильную, склонную к самоанализу, высокоинтеллектуальную личность, стремящуюся к общению, но с трудностями при вступлении в социальные контакты и склонную к фиксации внимания на неудачах.

2. Возрастной контингент психосоматических больных: женщины старше 45 лет с неудовлетворенной потребностью в близких отношениях; мужчины 29–30 лет с неудовлетворенной потребностью в уважении со стороны значимых других.

3. Направления профилактики и терапии: участие в группах личностного роста (приобретение навыков коммуникации и эффективного разрешения конфликтов).

Литература:

1. Королева Е.Г. Психосоматика: учебное пособие .Минск 2007 г.

2. Александр Ф.Психосоматическая медицина Москва 2002 г.

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ У ДЕТЕЙ

Кринец О.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Ильина С.Н.

Актуальность. Прогрессирующая близорукость, а также ее осложнения представляют сложную и весьма актуальную проблему. Указанная патология имеет высокую социальную значимость, обусловленную психологическими изменениями у пациентов, часто приводящая к ограничению зрительной трудоспособности и профессиональной ориентации. [1].

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния мультирезонансной магнитотерапии на прогрессирование близорукости и эффективность сохранения зрения у детей.

Задачи и методы исследования. Под наблюдением находилось 30 учащихся (12 мальчиков и 18 девочек) в возрасте от 6 до 17 лет, из них с близорукостью слабой степени 10 человек, средней степени – 13 человек и высокой степени – 7 человек. Всем детям осуществляли визометрию, офтальмоскопию, биомикроскопию, скиаскопию. Исследования проводили до лечения, а также после курса лечения через 3, 6 месяцев.

Процедуру мультирезонансной магнитотерапии проводили в положении пациента лежа на спине с помощью аппарата МРС – 67 (КВЗ, Россия). Курс лечения составлял 10 процедур по 10 минут для каждого глаза.

Результаты и обсуждение. Острота зрения без коррекции у детей с близорукостью слабой степени повысилась в 59,3% случаев в среднем почти в 2 раза, при средней степени в 38,5% случаев, а в группе детей с высокой близорукостью – в 24,8% случаев. Отмечено увеличение резервов абсолютной аккомодации в 78,5% случаев. Положительная часть относительной аккомодации при близорукости слабой степени увеличилась в 76,4% случаев на $1,8 \pm 0,1$ дптр и при близорукости средней степени в 89,4% случаев на $0,9 \pm 0,1$ дптр. При близорукости высокой степени показатели аккомодации повысились в 66,3% случаев на $0,9 \pm 0,1$ дптр и в 56,4% случаев на $0,6 \pm 0,1$ дптр. Положительный эффект курса лечения сохранялся 3 месяца в 73,2% случаев, до 6 месяцев – в 29,4% случаев, до 1 года в – 13,2% случаев. Это и явилось показанием для проведения повторных курсов лечения с кратностью 3 – 4 раза в год. При изучении состояния аккомодации наибольший эффект лечения сохраняется в течение 3-х месяцев у детей со слабой степенью близорукости. Резерв аккомодации у них с $2,4 \pm 0,21$ достигает $2,0 \pm 0,13$ дптр, а запас относительной аккомодации уменьшается на 18,5. Определение резерва аккомодации через 12 месяцев показало, что при слабой близорукости он составляет $1,2 \pm 0,20$ дптр; при средней степени – $1,4 \pm 0,16$ дптр; при высокой – $1,1 \pm 0,11$ дптр. Установлено, что резерв и запас относительной аккомодации через год после лечения возвращаются к исходным величинам в 87,3% случаев.

Выводы.

1. Использование мультирезонансной магнитотерапии ведет к стабилизации прогрессирования близорукости, снижению темпа ее развития.